

3.12. GLAUCOMA THỨ PHÁT DO THUYẾT TINH THỂ

1. GLAUCOMA DO TIÊU THỂ THUYẾT TINH

1.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau một mắt
- Giảm thị lực
- Chảy nước mắt
- Sợ ánh sáng

1.2. Triệu chứng thực thể

- Nhãn áp tăng cao, kèm theo những mảnh óng ánh và chất màu trắng trong tiền phòng hoặc mặt trước của bao thể thủy tinh
- Thị lực chỉ còn phân biệt sáng tối hoặc hoàn toàn không thấy
- Phù giác mạc
- Tyndall tiền phòng
- Giả mũ TP
- Cương tụ kết mạc nhiều
- Soi góc tiền phòng thấy góc mở, có thể thấy những màng trắng ở góc dưới

1.3. Nguyên nhân

- Chất thể thủy tinh rò qua bao thể thủy tinh còn nguyên vẹn, dẫn đến tắc nghẽn lưu thông thủy dịch qua vùng bè.

1.4. Chẩn đoán phân biệt

- Glaucoma do viêm màng bồ đào
- Con glaucoma do viêm thể mi / Hội chứng Posner-Schlossman
- Góc đóng cấp
- Glaucoma do chất thể thủy tinh
- Viêm mủ nội nhãn
- Glaucoma do u nội nhãn
- Các bệnh khác: glaucoma do chấn thương, glaucoma do tế bào ma, glaucoma do hình dạng thể thủy tinh, glaucoma tân mạch...

1.5. Cận lâm sàng

- Siêu âm B: loại trừ u nội nhãn, viêm mủ nội nhãn, hoặc bong võng mạc

1.6. Điều trị

(a) Điều trị nội khoa

- Giảm nhãn áp - giảm viêm.
 - Thuốc chẹn β như timolol 0,5% nhỏ 1-2 lần / ngày.
 - Thuốc đồng vận α -2 như brimonidine 0,1% đến 0,2% nhỏ 2-3 lần / ngày.
 - Có thể phối hợp các loại thuốc nhỏ như: Combigan®: Timolol 0,5% + Brimonidine 0,2% nhỏ 2 lần/ngày hoặc Azarga®: Timolol 0,5% + Brinzolamide 1% nhỏ 2 lần/ngày.
 - Thuốc ức chế carbonic anhydrase đường uống như acetazolamide 500mg uống 2 lần / ngày.
 - Thuốc tăng thẩm thấu nếu cần và nếu không có chống chỉ định như mannitol 1-2g/kg tiêm tĩnh mạch trong 45 phút.
 - Thuốc liệt thể mi như cyclopentolate 1% nhỏ 3 lần/ ngày.
 - Thuốc steroid như prednisolone acetate 1% nhỏ mỗi 15 phút trong giờ đầu, sau đó nhỏ mỗi giờ.
- Phẫu thuật sớm đục thể thủy tinh (trong vài ngày).

(b) Điều trị ngoại khoa

- Phẫu thuật lấy thể thủy tinh cần được thực hiện trong 24h đến 48h.
- Có thể chọn phẫu thuật lấy thể thủy tinh như Phaco, lấy thể thủy tinh trong bao hoặc ngoài bao, và có thể đặt thể thủy tinh nhân tạo thì 1 hoặc thì 2 (IOL sulcus, IOL cứng mạc hoặc IOL cài mỏng) sẽ tùy thuộc vào tình trạng mắt của bệnh nhân, tình trạng toàn thân bệnh nhân, điều kiện phẫu thuật và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.
- Những trường hợp cần phẫu thuật sớm mà nhãn áp cao không đáp ứng với thuốc hạ nhãn áp, bệnh nhân đau nhức nhiều thì có thể chọc tiền phòng

(c) Chăm sóc hậu phẫu:

- Cần thăm khám mắt bệnh nhân ngày đầu sau phẫu thuật để đánh giá lại tình trạng mắt (tình trạng viêm, nhãn áp,..) để điều chỉnh thuốc thích hợp
- Kháng sinh nhỏ được dùng như trong phẫu thuật lấy thủy tinh thể
- Kháng viêm nhỏ : thường dùng kháng viêm mạnh steroid như prednisolone acetate 1% nhỏ 10 lần/ngày trong những ngày đầu sau phẫu thuật, và sau đó giảm dần đến ngưng thuốc trong 4-5 tuần. Sử dụng kháng viêm nhỏ (liều lượng và thời gian) tùy thuộc thăm khám lâm sàng, đánh

giá tình trạng mắt bệnh nhân theo ngày, theo tuần. Có thể kết hợp kháng viêm corticoid uống (liều 0,5mg/kg) cũng tùy theo đánh giá tình trạng mắt hậu phẫu.

- Có thể dùng thêm thuốc hạ nhãn áp, việc dùng thuốc hạ nhãn áp loại nào tùy thuộc vào tình trạng mắt bệnh nhân, tình trạng toàn thân, điều kiện kinh tế bệnh nhân và nguồn cung cấp thuốc.

1.7. Theo dõi

- Đánh giá nhãn áp, thị lực, tình trạng viêm của mắt ngày đầu sau hậu phẫu
- Nếu bệnh nhân không nằm viện, cần tái khám 1 ngày sau phẫu thuật.
- Nếu nhãn áp trở lại bình thường thì bệnh nhân cần được tái khám trong vòng 1 tuần, 1 tháng.
- Dặn bệnh nhân nếu có 1 trong các triệu chứng: đau nhức mắt, đỏ mắt, mắt giảm thị lực thì cần đến khám lại ngay

2. GLAUCOMA DO CHẤT THỦY TINH THỂ

2.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau
- Nhìn mờ, mắt đỏ
- Chảy nước mắt
- Sợ ánh sáng
- Tiền sử mới bị chấn thương vào mắt hoặc phẫu thuật nội nhãn

2.2. Triệu chứng thực thể

- Những mảnh chất vỏ thể thủy tinh như lông tơ màu trắng ở trong tiền phòng, kết hợp với nhãn áp cao
- Tế bào viêm ở trong tiền phòng, kết hợp với nhãn áp cao
- Kết mạc cương tụ
- Giác mạc phù
- Soi góc tiền phòng thấy góc tiền phòng mở

2.3. Nguyên nhân

- Chất thể thủy tinh được giải phóng ra do chấn thương hoặc phẫu thuật làm tắc nghẽn các kênh lưu thông thủy dịch

2.4. Chẩn đoán phân biệt

- Glaucoma do tiêu thể thủy tinh

- Viêm nội nhãn nhiễm trùng

2.5. Cận lâm sàng

- Siêu âm B: loại trừ u nội nhãn, viêm mủ nội nhãn, hoặc bong võng mạc

2.6. Điều trị

- Điều trị nội khoa (như trong “Glaucoma do tiêu thể thủy tinh”)
- Điều trị ngoại khoa
 - Nếu điều trị thuốc không kiểm soát được nhãn áp, cần phẫu thuật loại bỏ chất thủy tinh còn sót. (như trong “Glaucoma do tiêu thể thủy tinh”)

2.7. Theo dõi (như trong “Glaucoma do tiêu thể thủy tinh”)

3. GLAUCOMA DO HÌNH DẠNG THỂ THỦY TINH (DO ĐỤC THỂ THỦY TINH TRẮNG PHÒNG)

3.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau
- Nhìn mờ, mắt đỏ
- Chảy nước mắt
- Sợ ánh sáng

3.2. Triệu chứng thực thể

- Thể thủy tinh phòng
- Soi góc tiền phòng: góc đóng
- Nghẽn đồng tử

3.3. Nguyên nhân

- Gây ra bởi sự đóng góc tiền phòng do thể thủy tinh đục phòng.
- Có vai trò của cơ chế nghẽn đồng tử

3.4. Chẩn đoán phân biệt

- Glaucoma góc đóng do nghẽn đồng tử

3.5. Cận lâm sàng :

- Siêu âm B đánh giá tình trạng bán phần sau

3.6. Điều trị

- Điều trị nội khoa (xem 12.1)
- Điều trị ngoại khoa (xem 12.1)

3.7. Theo dõi (xem 12.1)

4. GLAUCOMA DO LỆCH HOẶC SA THỂ THỦY TINH

4.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau
- Nhìn mờ, mắt đỏ
- Chảy nước mắt
- Sợ ánh sáng
- Tiền căn: chấn thương mắt, hội chứng giả trúc bao, bẩm sinh (Hội chứng Marfan, thể thủy tinh hình cầu)

4.2. Triệu chứng thực thể

- Thể thủy tinh lệch/ bán lệch
- Soi góc tiền phòng: có thể tổn thương cấu trúc góc tiền phòng do chấn thương
- Nghẽn đồng tử

4.3. Nguyên nhân

- Do chấn thương, hội chứng giả trúc bao hoặc do bất thường bẩm sinh dây chằng Zinn (hội chứng Marfan, thể thủy tinh hình cầu)..
- Tổn thương góc tiền phòng do chấn thương.
- Thể thủy tinh lệch có thể trở thành quá chín và gây ra glaucoma do tiêu thể thủy tinh.
- Nghẽn đồng tử có thể do thể thủy tinh lệch về phía trước hoặc do dịch kính bít tắc đồng tử.

4.4. Chẩn đoán phân biệt:

- Các trường hợp tăng áp cấp do các nguyên nhân khác

4.5. Cận lâm sàng:

- Siêu âm B để đánh giá tình trạng có tổn thương bán phần sau đi kèm

4.6. Điều trị

- Điều trị nội khoa (xem “Glaucoma do tiêu thể thủy tinh”)
- Điều trị ngoại khoa
 - Cắt mống mắt chu biên bằng Laser Yag: để trì hoãn phẫu thuật, được chọn lựa ưu tiên cho các trường hợp tăng áp nghẽn đồng tử với thủy tinh thể bán lệch ít và thị lực bệnh nhân còn cao

- Điều trị triệt để là lấy thể thủy tinh. Có thể phẫu thuật Phaco có vòng và đặt thể thủy tinh nhân tạo trong bao nếu bán lệch thể thủy tinh dưới nửa chu vi, có thể cắt dịch kính trước kèm theo. Cũng có thể lấy thủy tinh thể trong bao, cắt dịch kính trước và đặt kính thì 1 hoặc 2 (IOL cùng mạc hoặc IOL cài mỏng). Nếu thể thủy tinh lệch nhiều hơn nửa chu vi hoặc sa trong pha lê thể thì cần chuyển khoa dịch kính võng mạc.

4.7. 7. Theo dõi

- Xem “Glaucoma do tiêu thể thủy tinh”

Tài liệu tham khảo

- (1) The Wills Eye Manual, ấn bản lần thứ 7, năm 2017.
- (2) Kanski's Clinical Ophthalmology, ấn bản lần thứ 9, năm 2019.
- (3) Shields' Textbook of Glaucoma, ấn bản lần thứ 7, năm 2020.